

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — LARIBOISIERE — SAINT-LOUIS

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Claude CARRILLON

Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 22 Novembre 1943 à Saint-Cloud (92)

Présentée et soutenue publiquement le

1971

**STATISTIQUES SUR LES OTITES CHRONIQUES
VUES DANS UN
CENTRE DE SELECTION DE L'ARMEE**

Président : **M. PIALOUX**, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556021_0038

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — LARIBOISIERE — SAINT-LOUIS

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Claude CARRILLON

Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 22 Novembre 1943 à Saint-Cloud (92)

Présentée et soutenue publiquement le

1971



**STATISTIQUES SUR LES OTITES CHRONIQUES
VUES DANS UN
CENTRE DE SELECTION DE L'ARMEE**

Président : **M. PIALOUX**, Professeur



A ma femme,

Pour toute l'aide qu'elle m'a apportée.
En témoignage de mon amour.

A mes parents,
A ma famille,
A tous ceux qui me sont chers

Avec toute mon affection.

A notre Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Agrégé PIALOUX
Titulaire de la Chaire d'Oto-Rhino-Laryngologie
Médecin des Hopitaux

Qu'il trouve ici l'expression de
notre profond respect, et soit
remercié pour le très grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
Présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé SERGENT
Médecin O.R.L des Hopitaux

Il a bien voulu nous accorder son patronage pour ce travail.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre gratitude.

A notre Maître, Monsieur le Docteur LABAYLE
Laryngologiste des Hopitaux

Nous avons été son élève.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillante attention qu'il nous a toujours manifestée et pour le goût qu'il a su nous inspirer pour sa spécialité.

A nos Maîtres dans les Hopitaux de PARIS

Monsieur le Professeur	BRICAIRE
Monsieur le Professeur	DUPUIS
Monsieur le Professeur	CAUCHOIX
Monsieur le Professeur	DEBEYRE
Monsieur le Docteur	DUFOURMENTEL
Monsieur le Professeur	GRIVAUX
Monsieur le Professeur	SELIGMAN
Monsieur le Docteur	MACREZ
Monsieur le Docteur	LABAYLE

Nous leur devons toute notre formation
médicale hospitalière.

En remerciement pour leur enseignement

SOMMAIRE

=====

	Page
INTRODUCTION	1
CHAPITRE UN	
- Rappel historique	4
- Les Centres de Sélection	7
- Le Centre de BLOIS	8
- Organisation d'un Centre	10
- Définition des otites chroniques	14
- Rappel clinique	15
- Délimitation des sujets	22
CHAPITRE DEUX	
- Fréquence	25
- Otites chroniques et mastoïdectomie	28
- Otites chroniques et amygdalectomie	31
- Otites chroniques et traitement	33
- Otites chroniques et niveau général	38
- Otites chroniques et réformes	43
CHAPITRE TROIS	
- Cas dépistés au Centre	46
- Classement des otites chroniques	50
- Assiduité au traitement	51
- Complications	56
- Otites chroniques et insertion socio-professionnelle	59
CHAPITRE QUATRE	
VALIDITE ET DISCUSSION	63
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	73

INTRODUCTION

Notre but est d'étudier, grâce aux Centres de Sélection, la morbidité des otites chroniques chez les jeunes hommes à l'âge du Service Militaire.

Le passage dans les Centres de Sélection étant obligatoire pour tous les jeunes gens, il offre l'avantage de permettre l'examen de sujets apparemment sains et d'établir une comparaison avec les sujets malades.

Habituellement, en effet, toute étude statistique faite lors de consultation à l'hôpital ou au cabinet du spécialiste est entachée du fait que les sujets ont un motif de consultation ce qui effectue un pré-triage et ne permet d'examiner qu'une population hétérogène et ayant déjà une morbidité particulière.

Par contre, on peut estimer que dans les Centres de Sélection il s'agit d'une population pratiquement homogène, composée uniquement de jeunes gens dont l'âge est compris entre 18 ans (exceptionnellement 17 ans 1/2 pour les engagés volontaires dans la Marine) et 27 ans (âge maximum ne concernant qu'une minorité de sursitaires, essentiellement composée d'étudiant en médecine, pharmacie ou art dentaire).

En fait, il apparaît que la majorité des jeunes gens sont examinés au cours de leur 19^e année.

D'autre part, comme on le verra, l'organisation de la chaîne médicale est telle que tous les sujets sans exception passent devant le médecin spécialiste.

Donc pas de pré-triage.

De plus, le nombre de jeunes gens convoqués, très élevé, donne des chiffres importants favorables à une étude statistique valable.

Par ailleurs, le Centre de Sélection de BLOIS occupe une position privilégiée qui lui permet d'examiner les sujets en provenance de trois grandes régions : l'Ouest, le Centre et la Région Parisienne (PARIS exclus).

Ces régions comprennent des départements à très forte densité urbaine tels les HAUTS de SEINE et la SEINE SAINT-DENIS, ainsi que des départements à population essentiellement agricole comme le CHER, avec des départements à population mixte comme la LOIRE ATLANTIQUE et le LOIRET.

On peut donc estimer qu'il s'agit là d'un échantillon qu'on peut prétendre représentatif de la population de la FRANCE pour un sexe et une classe d'âge donnés.

L'affection essentielle retenue étant l'otite chronique ; à l'âge de 19 ans, on peut estimer que ceux susceptibles de faire une otite chronique ont déjà entamé le processus et qu'ainsi peu échappent à ce dénombrement.

Après un premier chapitre composé de définitions et de rappels sur les otites chroniques et sur les Centres de Sélection, nous avons divisé cette étude en trois autres parties.

Tout d'abord il s'agissait de faire des recherches dans les archives des compte-rendus des examens médicaux.

Seules les conclusions étant indiquées, il n'était pas possible de faire des recherches détaillées sur les affections.

C'est pourquoi dans le chapitre deux, seule l'uni ou la bilatéralité des otites chroniques et leurs associations pathologiques objectives ont été retenues.

On entend par objectif une lésion ne pouvant être interprétée que d'une façon univoque (mastoiðectomie par exemple).

Dans le chapitre trois, nous avons regroupé les observations faites par nous-même pendant une période de trois mois en adoptant un schéma unique permettant les comparaisons entre les affections elles-même.

Le quatrième et dernier chapitre est consacré à la discussion à la validité et aux conclusions de nos résultats.

.../

CHAPITRE UN

RAPPEL HISTORIQUE

A travers l'Histoire de la Médecine, il apparaît que l'otologie fut une des branches les plus oubliées de l'Art de guérir.

Peut-être faut-il incriminer la pauvreté des thérapeutiques qui, pratiquement, se résumaient à l'ablation des bouchons de cerumen à l'aide de petites curettes ou à l'extraction de corps étrangers dans le conduit auditif externe au moyen de stylets munis de substances gluantes à leur extrémité, car depuis la plus Haute Antiquité, on avait déjà observé le danger consécutif à l'introduction de liquide dans l'oreille.

HIPPOCRATE ne parle de la surdité dans ses aphorismes que pour noter l'influence des conditions atmosphériques *" un temps frais et sec donne de la finesse à l'ouïe, un temps chaud et humide durcit l'ouïe "*.

Il faut accuser peut-être aussi de cette indifférence apparente l'extrême complexité anatomique de l'oreille ainsi que la physiologie restée inconnue très longtemps.

Au Moyen-Âge, seuls des moyens empiriques étaient conseillés dont l'effet restait douteux : Albert le Grand préconisait d'introduire dans l'oreille sourde un mélange d'huile et de cerveau de lion, HILDEBRAND DE BINGEN faisait appliquer une oreille de lion fraîchement coupée avec l'imprécation suivante *" Entends par le Dieu vivant et par la vertu puissante de l'ouïe du lion... "*

Le premier, GUY de CHAULIAC eut la curiosité de regarder les tympans et à cet effet, inventa le spéculum au XIV^e siècle.

Seulement au XVII^e siècle, RIOLAN, Médecin de la Reine MARIE DE MEDICIS exécuta des paracentèses et des trépanations mastoïdiennes afin d'améliorer certaines surdités.

Un premier traitement des otites chroniques avec perforation fut tenté par MARCUS BANZER en 1640 qui essaya d'obturer la perforation tympanique d'un sujet avec un fin morceau de vessie de porc.

Ce n'est qu'au XIX^e siècle que l'étude scientifique de l'oreille, et plus particulièrement de la surdité, commença avec les travaux de SAVART, WEBER, RINNE, GELLE, POLITZER, TROLLTSCH, TOYNBEE, HENNEBERT, LERMOYEZ, MOURE.

Ce n'est que très récemment que trois progrès fondamentaux furent réalisés à savoir les premiers audiomètres (1927), la cophochirurgie depuis 1929. (SOURDILLE) et la prothèse acoustique.

A cela, il faut ajouter l'antibiothérapie dont l'O.R.L., comme toutes les branches de la Médecine, a bénéficié dans le traitement des maladies infectieuses et des otites en particulier.

De nos jours, il semble persister un désintéressement pour les affections de l'oreille moyenne de la part des malades eux-mêmes, renforcé par le fait qu'aucun organisme officiel ne s'attachait à dépister les maladies de la sphère O.R.L.

- 6

Aussi, il est intéressant de remarquer que la création de Centres de Sélection par l'Armée où tous les jeunes gens doivent subir un examen obligatoire actuellement fort complexe et spécialisé a permis de mettre en évidence cette négligence en dépistant un nombre important de ces maux.

C'est ce que nous nous proposons d'étudier ici.

.../

LES CENTRES DE SELECTION

La sélection-orientation a été adoptée par l'Armée en 1950 et pratiquée systématiquement depuis 1954 date à laquelle on créa 9 Centres pour assurer la sélection des jeunes gens à incorporer.

Depuis 1966, la sélection se situe environ 1 an après les opérations de recensement qui ont lieu au cours de l'année des 18 ans des jeunes gens.

La sélection a été instituée en vue d'assurer l'affectation rationnelle du contingent.

Elle a un double objectif :

- 1) l'orientation qui, après la prise en considération et l'interprétation des examens médicaux, des tests psychotechniques et des connaissances professionnelles, détermine les potentialités des sujets aptes et provoque des propositions d'emplois du jeune homme durant son service militaire
- 2) surtout, la détermination de l'aptitude au service qui nous intéresse plus particulièrement car elle est faite après une série d'examens médicaux qui conduit à l'élimination des sujets inaptes.

C'est à cette occasion que chaque nouvelle recrue est examinée individuellement.

.../

LE CENTRE DE BLOIS

Mis en service au début de 1964, le Centre de Sélection n° 10 de BLOIS est un organisme interarmes.

Bien que le dernier né, c'est actuellement le Centre le plus important de l'Armée Française, ses capacités de fonctionnement lui permettent de sélectionner 400 jeunes gens par jour ouvrable, soit environ un maximum de 80.000 par an.

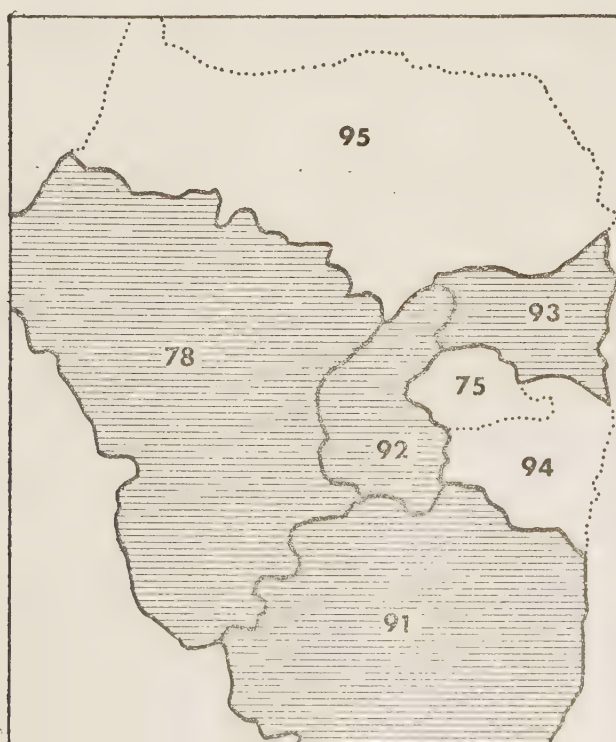
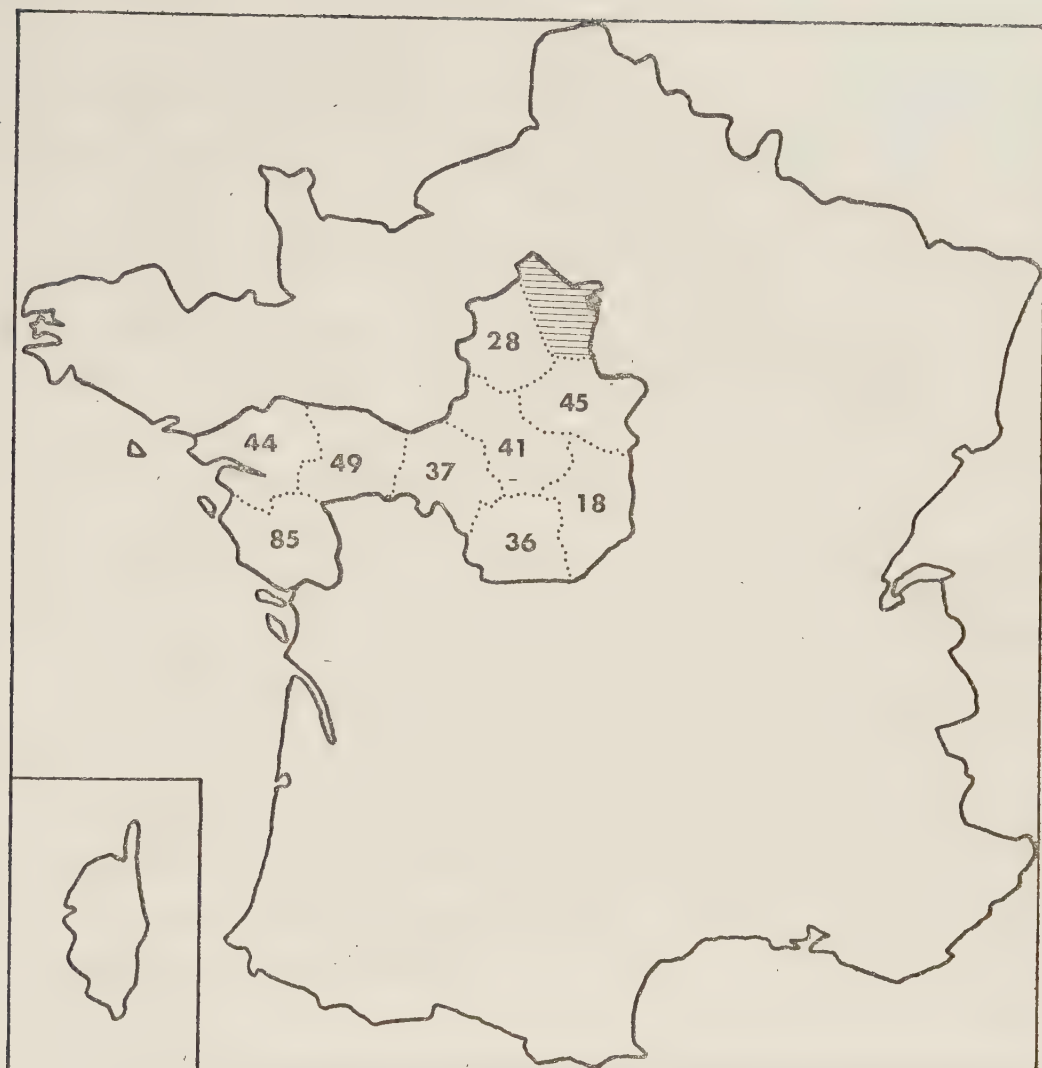
Ce Centre ne travaille pas à plein rendement toute l'année et le chiffre moyen enregistré est d'environ 55.000 passages par an.

Les jeunes gens convoqués au Centre de BLOIS proviennent de 13 départements :

- 6 départements de la région du Centre : LOIR et CHER - CHER
INDRE - INDRE et LOIRE - EURE et LOIR - LOIRET
- 4 départements de la Région Parisienne : ESSONNES - YVELINES
HAUTS DE SEINE - SEINE-SAINT-DENIS
- 3 départements de l'Ouest : VENDEE - MAINE et LOIRE - LOIRE
ATLANTIQUE

(voir carte page suivante)

.... /



Les Centres de Sélection comprennent trois grandes divisions ayant chacune un rôle bien défini, soit :

1) la division organisation

chargée de convoquer les jeunes gens, de les accueillir, de les encadrer pendant leur séjour au Centre

2) la division psychotechnique

qui organise les examens psychotechniques et les fait passer

Il s'agit d'une batterie de 12 tests du type papier-crayon semblables pour les 3/4 aux questions à choix multiple dites Q.C.M en pratique à la Faculté de Médecine.

Une partie de ces tests sert à classer les jeunes gens entre eux sur le plan de l'intelligence générale.

Ces tests ne demandent aucune connaissance particulière hormis lire et écrire.

D'autres tests déterminent les connaissances professionnelles, et enfin, une autre série recherche des éventuelles aptitudes connues ou inconnues.

Ce sont les tests psychotechniques qui sont utiles à l'orientation du jeune.

3) la division médicale

assure à proprement parler la sélection en recherchant les aptitudes éventuelles à l'accomplissement du service national.

Par une série d'examens médicaux, on vise à établir un bilan physique et sensoriel aussi complet que possible.

On définit ainsi une valeur médicale du candidat en lui attribuant plusieurs notes relatives chacune à un chapitre bien précis.

On distingue 7 chapitres essentiels : membres supérieurs, membres inférieurs, état général, acuité visuelle, vision de couleurs, fonction auditive et psychisme.

Les cotations attribuées vont de 1 à 5 (1 étant la meilleure note traduisant l'intégrité de la fonction).

Suivant des normes variables fixées par le Service de Santé, certaines cotations sont éliminatoires et entraînent l'exemption au Service National.

ORGANISATION DE LA DIVISION MEDICALE

Chaque candidat effectue un circuit qui comprend :

- a) urologie : recherche du sucre et de l'albumine dans les urines
- b) radioscopie ou radiophoto suivant l'équipement des Centres
- c) recherche de l'acuité visuelle avec et sans lunettes et cotation en dixième. Puis vision des couleurs pour détection d'un éventuel daltonisme, vision du relief.

Les sujets possédant une vue normale sans lunettes passent directement au stade suivant.

Quant aux autres, on mesure les lunettes et vérifie qu'elles sont bien adaptées.

- 12 -

Recherche de myopie, astigmatisme, amblyopie chez les sujets non porteurs de lunettes sans bonne acuité visuelle.

Fond d'oeil éventuel, examen à la lampe à fente si besoin est

- d) stomatologie : recherche de caries dentaires
 établissement d'un coefficient de mastication
- e) audiométrie : établissement d'un audiogramme pour tous les individus
- f) examen O.R.L
- g) biométrie : mensurations et poids
 établissement d'un coefficient dit de PIGNET
 mesure de la capacité vitale
- h) enfin examen complet par un médecin généraliste
- i) éventuellement, sur demande : examen par un médecin psychiatre obligatoire pour ceux qui ont obtenu une note de niveau général très faible (oligophrénie éventuelle).

.../

Nous approfondirons ici l'examen O.R.L qui nous intéresse plus particulièrement.

EXAMEN O.R.L

Celui-ci débute par l'établissement d'un audiogramme à l'aide d'audiomètre MAICO et de cabines insonorisées.

Il est regrettable pourtant que cet audiogramme soit encore très incomplet.

En effet, il ne comporte que l'établissement des courbes de conduction aérienne.

Une acoumétrie est pratiquée selon le système de la voie chuchotée.

Ensuite, le candidat passe devant le médecin spécialiste qui procède à un interrogatoire et à l'examen complet de la sphère O.R.L.

Au point de vue militaire, l'otoscopie est le stade le plus important ; en effet, ce sont les lésions évolutives ou séquellaires de l'oreille moyenne et interne qui sont susceptibles d'entraîner des réformes.

Elles sont donc particulièrement recherchées et c'est pourquoi nous avons choisi les otites chroniques comme sujet.

L'otorrhée, l'hypoacousie, les modifications du tympan étant notées systématiquement.

.../

- 14

En cas de doute dans l'examen d'un sujet, celui-ci peut être envoyé pour examen complémentaire à l'Hôpital militaire le plus proche de son domicile où sera pratiqué un audiogramme complet, un examen vestibulaire, etc... dont les conclusions seront ensuite envoyées au spécialiste du Centre.

DEFINITION DES OTITES CHRONIQUES

Ce sont des lésions chroniques de la caisse, du tympan ou de cavités voisines avec ou sans otorrhée, avec ou sans perforation.

On entend par chronique tout état inflammatoire qui persiste plus de trois mois (d'après J. BOUCHE et Ch. FRECHE).

Des nombreuses tentatives de classification qui ont été faites nous avons retenu celle du Professeur MADURO qui restant proche de la réalité clinique nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de cette étude.

Elle comprend deux grands groupes :

A - les otites chroniques muqueuses

Dans lesquelles on classe tout d'abord l'otorrhée tubaire où la caisse du tympan ne joue le rôle que de réceptacle de l'écoulement tubaire, lui-même résultant d'un cercle vicieux rhino-tubo-tympanique et dont HAUTANT à fort justement défini les sujets atteints comme des : *"enchifrenés qu'une vieille perforation tympanique a doté d'une troisième narine et qui se mouchent par l'oreille, d'autant plus désolés qu'on les assèche rarement"*.

Ensuite, dans ce même chapitre on range les suppurations tympaniques pures où l'atteinte inflammatoire reste localisée à la muqueuse.

.../

B - les otites chroniques avec ostéite

où l'on trouve les atticites pures, les suppurations ant
attico-tympaniques et les otites cholestéatomateuses
association ou complication des précédentes.

RAPPEL CLINIQUE

A - Otorrhée tubaire

La symptomatologie fonctionnelle est réduite.

Le sujet ne présente ni douleurs, ni bourdonnements, ni
vertiges, son audition est peu diminuée mais cette hypoacous
modérée augmente au cours des poussées.

Maître symptôme, l'écoulement auriculaire est le seul signe
susceptible d'être recueilli par l'interrogatoire.

L'otoscopie quand elle est pratiquée en période de poussée
montre les caractères de cet écoulement ; celui-ci est en
général abondant mais variable d'un jour à l'autre, pouvant
être jaunâtre ou limpide et incolore.

D'une consistance particulière (muco-pus filant) il ne se
dissocie pas dans l'eau d'irrigation mais se met en pelotons

On considère que la consistance visqueuse, gluante est un
caractère pathognomonique.

De plus, il n'y a pas de fétidité sauf en cas de mauvais
drainage.

.../

Deuxièmement, l'otoscopie montre la perforation de siège le plus souvent antéro-inférieur et non marginal limitée par le sulcus tympanicus qui n'est jamais détruit et empêche la formation de cholestéatome (d'où la bénignité de cette forme d'otite chronique, où l'on ne trouve pas non plus dans la forme normale de lésion ostéitique).

B - suppurations tympaniques pures

Deux signes fonctionnels : l'otorrhée et l'hypoacousie

- otorrhée : rarement continue, séro-purulente
- hypoacousie modérée : peut même passer totalement inaperçue chez certains sujets

A la longue le déficit se manifeste plus particulièrement sur les aigus.

L'examen du tympan montre la perforation de dimension variable siégeant toujours sur la pars tensa, jamais marginale, et en général de situation basse.

C - Atticite pure

Elle se caractérise par la discrétion de ses signes.

L'otorrhée est minime, insignifiante mais d'odeur fétide.

Hypoacousie légère, rarement notée par le sujet.

A l'otoscopie, la perforation parfois punctiforme siège sur la membrane de Schrapnell.

D - Suppurations antro-attico-tympaniques

L'otorrhée est plus abondante que dans l'atticite pure et présente un caractère d'évidence.

Il s'agit d'un écoulement séro-purulent et fétide témoignant de l'ostéite sous jacente.

L'hypoacousie ne manque presque jamais, variable suivant les poussées de rétention.

L'examen clinique montre la perforation dont le siège le plus caractéristique est postéro-supérieur sur la pars tensa.

Cette perforation est toujours marginale, atteignant le sulcu

E - Quant à l'otite cholestéatomateuse, on considère qu'il s'agit d'une complication des précédentes et ses signes cliniques sont empruntés à ceux de l'atticite où elle est quasi constante et à ceux de l'otorrhée antro-attico-tympanique où elle est fréquente.

Son existence est signée par la vision directe du cholestéatome par l'orifice de la perforation ou par la découverte des paillettes nacrées dans la sérosité.

COMPLICATIONS

Selon AUBRY, nous pouvons les diviser en deux catégories à savoir les complications locales et les complications de voisinage.

- 1) parmi les complications locales, il faut citer : l'ostéite (considérée par certains comme faisant partie du tableau clinique) qui peut atteindre isolément ou simultanément les osselets ou les parois de la caisse.

Les polypes qui s'implantent classiquement au point d'ostéite et traduisent une dégénérescence oedémateuse de la muqueuse tympanique.

Enfin, le cholestéatome secondaire qui pour la majorité des auteurs proviendrait de la migration de l'épithélium du conduit auditif externe dans la caisse par l'intermédiaire de la perforation marginale.

- 2) les complications de voisinage se répartissant en :

- atteinte nerveuse, essentiellement la paralysie faciale, soit par érosion de l'aqueduc de Fallope par le cholestéatome ou par propagation de l'infection grâce à une déhiscence des parois de ce canal,
- ensuite, il nous faut citer les complications labyrinthiques bien plus par lésion sclérosante gagnant le labyrinthe à travers les fenêtres que par lésion ostéitique et création de fistule au niveau de la paroi interne de la caisse,
- les complications endo-craniennes avec leurs trois formes :
 - abcès sous périoste
 - lésion méningée
 - atteinte cérébelleuse ou cérébrale

Ces complications se réalisent bien souvent par le truchement de lésions mastoïdiennes ou veineuses, en particulier la thrombo-phlébite du sinus latéral.

Dans l'étude statistique de la classe 1970, basée sur des dossiers succints établis par des spécialistes différents, nous n'avons retenu pour le diagnostic d'otite chronique que les grands critères objectifs : l'écoulement et la perforation.

Il n'a pas été possible dans le chapitre deux de classer les affections suivant le siège de la perforation qui n'était pas toujours indiqué ni suivant les caractères de l'otorrhée qui n'étaient pas non plus toujours précisés.

ETIO-PATHOGENIE

Pour simplifier, l'étiologie des otites chroniques étant bien souvent la même quelle que soit la forme clinique, nous ne verrons l'étiopathogénie que des deux grandes catégories délimitées par le Professeur AUBRY.

A - L'OTORRHEE TUBAIRE

La cause est toujours d'origine nasale ou rhino pharyngée.

Il s'agit d'infections chroniques qui entretiennent la maladie et lui impriment son caractère variable ; en effet, l'écoulement tubaire augmente au cours des poussées de réchauffement par l'exaltation de la virulence du germe ou par rétention, et regresse avec lui, lui donnant sa caractéristique de variabilité.

B - L'OTORRHEE PURULENTE ou otite moyenne chronique suppurée

Celle-ci peut être :

- 1) soit chronique d'emblée (tuberculeuse par exemple)
- 2) soit secondaire à une otite aiguë et déterminée par des facteurs locaux ou généraux

- facteurs locaux

- . otite aigüe mal soignée, mal drainée soit par paracentèse insuffisante ou non pratiquée, soit par un orifice de perforation qui assure un mauvais drainage de la caisse et la négligence vis à vis de l'infection causale (troubles du rhino-pharynx, végétations adénoïdes, malformation de la cloison, polypose naso-sinusienne toutes causes de l'otite aigüe encore valables pour l'otite chronique).
- . virulence du germe qui provoque la chronicité le plus souvent par l'intermédiaire d'une ostéite.
- . théorie de WITTMAACK : une anomalie de développement de la muqueuse de la caisse, secondaire à une inflammation du tout jeune âge, provoquerait un arrêt de la pneumatisation du temporal et entraînerait la structure scléreuse de l'os.
L'hypoplasie de la muqueuse serait responsable du caractère trainant de l'infection (cette théorie n'est pas acceptée par tous les auteurs).

- facteurs généraux

- un état général déficient quel qu'il soit peut être à l'origine du passage à la chronicité, l'organisme se défendant mal
- les diathèses (diabète, goutte) de même.

Le voile qui a couvert pendant des siècles l'otologie, comme nous l'avons vu au début de cette étude, semble hélas ne pas s'être levé pour tous.

La fréquence des otites chroniques paraît en être la preuve.

Et l'interrogatoire des malades semble prouver que parfois les médecins ne semblent guère documentés sur ce sujet.

Il n'est pas rare de voir des enfants traités pour otite sans avoir subi d'examen sérieux de l'oreille.

Otite étant d'ailleurs un diagnostic porté parfois trop rapidement et ne reposant dans ce cas sur aucun signe objectif.

Cependant, bien souvent les antibiotiques seront prescrits sans toute autre forme d'examen.

Car, si la majorité des otites chroniques reconnaît pour étiologie des otites aiguës de l'enfance non traitées, il faut aussi prendre en considération le nombre des otites mal traitées.

Et c'est là que doit être battue en brèche la notion de l'efficacité certaine des antibiotiques qui donne au médecin traitant non spécialiste l'impression dangereuse d'être maître de toutes les infections et de leurs répercussions futures.

Il est souhaitable que le traitement des otites aiguës reste entre les mains des spécialistes O.R.L.

Dans le cas particulier qui nous intéresse, on peut ériger en principe, qu'il ne faut jamais administrer des antibiotiques à l'aveugle sans un examen préalable et attentif du tympan.

Leur efficacité est une arme à double tranchant, car ils font cesser les douleurs, baisser la fièvre et tarir l'écoulement, mais ils risquent précisément de masquer ainsi l'évolution de l'infection qui pourra aller de la fibrose à tympan fermé à l'ostéite mastoïdienne.

Les résultats obtenus peuvent être graves si l'antibiothérapie est prescrite isolément, trop souvent tardivement et sans une paracentèse opportunément pratiquée.

Certains oublient que l'otite aigüe peut être considérée comme une forme clinique d'abcès et traitée comme telle.

Malgré donc l'emploi des antibiotiques dans la pratique courante (et même à cause d'eux) et en dépit des guérisons au moment de la puberté à l'époque de l'évolution des éléments lymphoïdes de l'anneau de WALDEYER, la fréquence des otites chroniques est encore importante.

DELIMITATION DES SUJETS

Notre propos étant d'étudier les otites chroniques grâce aux Centres de Sélection, dans le chapitre deux de cette étude nous nous sommes référés aux dossiers des jeunes gens nés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1950 qui constituent la classe 1970.

Ceux-ci ont été convoqués au Centre durant la période comprise entre le 31 septembre 1968 et le 18 décembre 1969.

L'ensemble des sujets examinés se trouve donc avoir un âge moyen de 19 ans.

Les engagés volontaires à 18 ans et les sursitaires des classes antérieures sélectionnés durant ce laps de temps, n'ont pas été comptabilisés.

Ils représentent environ 10 % de l'effectif global.

Seule a été retenue dans son ensemble, et à l'exclusion de tout autre élément, la classe 1970 dont l'effectif global a été de 58.816 individus en provenance des 13 départements dépendant de BLOIS.

La répartition exacte est indiquée sur le tableau de la page suivante.

Si toutefois le grand nombre de fiches médicales était propice à une étude statistique valable, malheureusement, la brièveté de ces observations ne permettait pas de faire une analyse détaillée.

C'est pourquoi nous avons résolu de faire une recherche plus précise sur les jeunes gens convoqués actuellement dont les résultats sont exposés dans le chapitre trois.

Un modèle d'observation ronéotypé a été créé spécialement pour cette étude permettant ainsi à tous les spécialistes O.R.L du Centre de le remplir de façon identique afin d'autoriser des comparaisons ultérieures parmi les cas observés.

Il était important d'avoir un échantillonnage valable.

Aussi, grâce à l'important débit du Centre de Sélection n° 10 nous avons pu fixer le chiffre de l'échantillonnage à 10.000 sujets, correspondant à une période allant du 12 mars 1971 au 8 juin 1971.

.../

EFFECTIFS PAR DEPARTEMENT DES SUJETS
EXAMINES POUR LA CLASSE 1970

REGION OUEST

LOIRE-ATLANTIQUE	7.242
VENDEE	3.552
MAINE et LOIRE	5.079

Total	15.873
-------	--------

REGION DU CENTRE

CHER	2.319
EURE et LOIR	2.595
INDRE	1.814
INDRE et LOIRE	3.338
LOIR et CHER	2.241

Total	15.648
-------	--------

REGION PARISIENNE

YVELINES	5.660
ESSONNES	4.325
HAUTS de SEINE	9.292
SEINE-SAINT-DENIS	8.018

Total	27.295
-------	--------

Total général des sujets
 examiné

58.816
 =====

CHAPITRE DEUX =====

FREQUENCE DES OTITES CHRONIQUES

Dans la Région Parisienne des études faites en milieu hospitalier ont révélé que 2 à 3 % des enfants étaient atteints d'otite chronique.

En Amérique, une étude faite par EAGLES et portant sur des enfants suivis régulièrement pendant 6 ans montre que 2,34 % d'entre eux faisaient une otite chronique avec perforation.

Au Centre de Sélection de BLOIS, sur un total de 58.816 dossiers nous avons retrouvé 591 sujets porteurs d'otite chronique.

Cela donne un pourcentage presque exactement égal à 1.

Donc entre l'enfance et l'âge de 19 ans, soit sous l'effet de la thérapeutique, soit à l'occasion de la puberté, entre 50 et 66 % des otites ont guéri.

Chez les jeunes gens examinés, il s'est trouvé:

211 cas à gauche

250 à droite

130 bilatéraux.

En pourcentage, il y a donc :

42,3 %	d'otite à droite
35,7 %	à gauche
22 %	seulement bilatérales

Chez le jeune enfant, le chiffre le plus couramment admis est de 45 %.

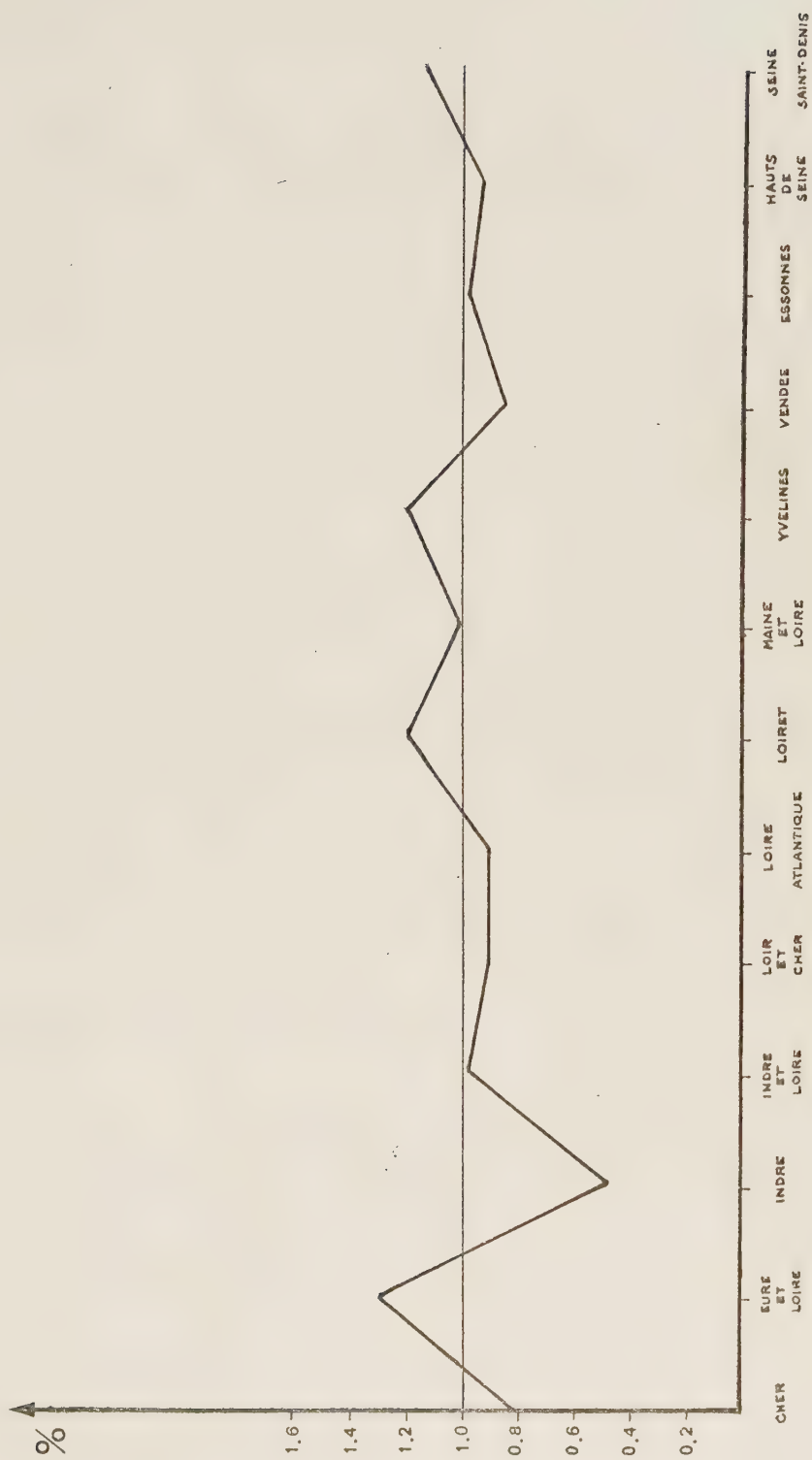
En réalité, cette différence n'est qu'apparente car nous n'avons considéré comme bilatéraux que les cas évoluant encore de concert.

.../

CHIFFRES THEORIQUES ET REELS DES OTITIQUES

PAR DEPARTEMENT

<u>Départements</u>	<u>chiffre théorique calculé sur base 1 %</u>	<u>chiffre réel</u>	<u>%</u>
CHER	23	19	0,82
EURE ET LOIR	25	33	1,32
INDRE	18	9	0,50
INDRE ET LOIRE	33	32	0,97
LOIR ET CHER	22	20	0,90
LOIRE ATLANTIQUE	72	66	0,91
LOIRET	33	40	1,21
MAINE ET LOIRE	50	51	1,02
YVELINES	56	68	1,21
VENDEE	35	30	0,85
ESSONNES	43	42	0,97
HAUTS DE SEINE	92	88	0,95
SEINE SAINT-DENIS	80	93	1,16
<u>Récapitulatif</u>			
REGION OUEST	158	147	0,93
" CENTRE	156	153	0,97
" PARISIENNE	272	291	1,07



ECART DES DEPARTEMENTS PAR RAPPORT AU CHIFFRE MOYEN DE 1%

Mais dans beaucoup de cas classés unilatéraux, le tympan opposé était cicatriciel et scléreux.

Lorsqu'on examine les résultats département par département, on ne retrouve pas, bien sûr, rigoureusement le chiffre moyen de 1 %.

Cependant, les résultats ne sont pas disproportionnés les uns par rapport aux autres et l'on ne peut pas dire qu'il y ait des départements qui possèdent de façon significative plus ou moins d'otites chroniques que les autres.

Seule exception à la règle, l'INDRE où l'on ne retrouve que 0,5 % des cas.

Mais il faut signaler que c'est aussi le département qui a donné le plus faible contingent à la sélection (1.814 jeunes gens sur 58.816).

Il semble donc possible de considérer le chiffre de 1 % comme valable et de l'étendre au reste de la FRANCE.

OTITES CHRONIQUES ET MASTOIDECTOMIE

Comme on l'a vu, l'étiologie des otites chroniques dans l'ensemble peut être considérée comme relevant la plupart du temps d'une otite aiguë, celle-ci n'étant pas ou mal soignée et se compliquant bien souvent alors d'ostéite que traduit la mastoïdite.

En effet, il ne se conçoit pas d'inflammation de la caisse sans envisager celle de la trompe d'Eustache et celle de l'antre, ce fait découlant de la formation embryologique de l'oreille moyenne et de ses muqueuses à partir du canal tubotympanique de KOLLIKER.

La mastoïdite se traduit souvent par une intervention chirurgicale.

Dans la classe 1970, on relève 264 sujets ayant subi une mastoïdectomie, se répartissant en 51 à gauche (19,3 %)
76 à droite (28,7 %)
137 bilatérales (52 %)

Ici aussi on retrouve une prédominance de la fréquence du côté droit par rapport au côté gauche (9,4 % en plus à droite)

Dans les otites chroniques l'écart était de 6,6 % en faveur du côté droit.

Par contre, il y a une très nette majorité des mastoïdectomies bilatérales.

Mais il faut dire qu'elles n'ont pas toutes été pratiquées dans le même temps et que certaines sont le résultat d'otites n'ayant pas évoluées ensemble.

Alors que pour les otites chroniques on entend par bilatérales celles qui sont encore actuellement en évolution de chaque côté

Nous n'avons retrouvé que 40 mastoïdectomies dans les antécédents des sujets actuellement porteurs d'otite chronique, soit seulement 6,7 % d'entre eux.

Elles se répartissaient en : 13 interventions à gauche avec persistance de l'écoulement
11 interventions à droite
dont une associée à une otite chronique gauche

Il y a : 8 mastoïdectomies bilatérales accompagnées d'otites chroniques bilatérales
.../

REPARTITION DES AFFECTIONS

AFFECTIONS	gauches		droites		bilatérales		TOTAL
	nbre	%	nbre	%	nbre	%	nbre
Otites chroniques	211	35,7	250	42,3	130	22	591
Mastoïdectomies	51	19,3	76	28,7	137	52	264
Mastoïdectomies avec otites chroniques persistantes	13	32,5	11	27,5	16	40	40

et 8 interventions bilatérales avec persistance d'écoulement d'un seul côté.

Par ailleurs, la grande majorité des sujets mastoïdectomisés n'a pas évolué vers l'otite chronique 228 sur 264, ce qui donne une proportion de 86 %.

La prévention des otites chroniques est donc dans le traitement et la surveillance des otites aiguës et de leurs complications parmi celles-ci la mastoïdite.

On peut donc conclure à l'efficacité de l'intervention chirurgicale qui coupe net l'évolution vers la chronicité dans les 3/4 des cas.

OTITES CHRONIQUES ET AMYGDALECTOMIE

Dans les antécédents des sujets malades, l'ablation des amygdales revenait souvent avec ou sans adénoïdectomie associée.

Il existe une imprécision importante quant à l'ablation des végétations qui est due au fait, qu'opérés dans l'enfance, les jeunes gens ne sont informés que par l'intermédiaire de leurs parents.

D'autre part, à l'âge de 19 ans, si l'absence d'amygdales est aisément vérifiable, il n'en est pas de même pour les végétations adénoïdes qui ont le plus souvent régressées.

Parmi les 591 sujets porteurs d'otite chronique de cette étude, il s'en est trouvé 189 qui avaient subi une amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie.

Ces chiffres donnent une proportion de 32 % d'opérés.

.... /

De même, nous avons relevé le nombre d'interventions chez les sujets ayant aussi subi une mastoïdectomie que celle-ci ait entraîné la guérison de l'affection causale ou qu'elle soit suivie actuellement d'otite chronique.

Il y a 78 cas d'amygdalectomie sur les 264 opérés de la mastoïde, soit presque 30 %.

Pour comparer avec la population générale, nous avons recherché la fréquence de ces opérations dans les dossiers d'une partie des sujets examinés au Centre.

Nous avons pris le début de la 1^{re} tranche de la classe 1970 qui a été examinée entre le 31 septembre 1968 et le 31 décembre 1968, ce qui correspond à un effectif de 17.795 personnes parmi lesquelles il a été relevé 4.617 interventions.

On peut donc dire qu'environ 26 % de la population a subi l'ablation des amygdales avec ou sans adénoïdectomie.

Si un enfant sur 4 a été opéré, c'est que les indications de l'amygdalectomie ont semble-t-il pris une ampleur excessive peut-être sous l'influence des conceptions américaines à une certaine époque.

Quoiqu'il en soit, la proportion plus importante de sujets opérés parmi les porteurs d'otite chronique est normale les antécédents rhino-pharyngés étant plus chargés chez ceux-ci et à l'origine, comme on l'a vu, d'otites aiguës et surtout de leur passage à la chronicité. De même pour les mastoïdectomisés.

Malgré l'incertitude reposant sur les adénoïdectomies, on peut dire approximativement et sous toutes réserves que les opérations amygdaliennes plus végétations sont en majorité avec environ 60 % des interventions et ceci à cause de l'hypertrophie générale des éléments lymphoïdes.

Mais chez le jeune enfant on retarde l'amygdalectomie jusque vers 3 ou 4 ans si possible, d'où la fréquence de près de 30 des adénoïdectomies seules, opération simple ne nécessitant pas d'anesthésie chez le nourrisson.

Quant aux amygdalectomies seules, elles sont en général pratiquées (10 %) après la puberté, si elles n'involuent pas avec le reste de l'anneau de WALDEYER et restent un foyer d'infection chronique.

OTITES CHRONIQUES ET TRAITEMENT

En ce qui concerne le traitement des otites chroniques il apparaît que beaucoup de malades s'en préoccupent peu.

Ceci sera mis en évidence dans le chapitre 3 avec l'étude des cas plus détaillés.

Quoiqu'il en soit, on considère deux sortes de traitement : le traitement médical et le traitement chirurgical.

Sur les brèves observations que nous avons, le traitement médical ne pouvait pas être noté, les malades eux-mêmes ne sachant dire quelle thérapeutique ils avaient subie.

Par contre, le traitement chirurgical, agressif, craint par le malade est toujours signalé spontanément.

De plus, dans la plupart des cas, il est aisément vérifiable et personne ne se laisse prendre à l'assertion d'un malade qui prétend avoir été opéré de l'oreille quand il s'agit d'une banale paracentèse, et il est donc toujours noté sur les fiches des jeunes gens passés au Centre de Sélection.

Nous avons considéré deux catégories principales de traitement chirurgical en dehors de la mastoïdectomie qui a été vue par ailleurs.

Tout d'abord, les opérations à visée d'assèchement de l'oreil moyenne.

Nous rangeons dans cette catégorie les atticotomies avec ou sans ablation d'osselet, les antro-atticotomies c'est à dire tous les évidements pétro-mastoïdiens qu'ils soient partiels ou totaux.

Dans la 2° catégorie, se trouvent les tympanoplasties.

On définit par tympanoplastie une série d'interventions dont le but est d'améliorer ou de rétablir la conduction aérienne.

Il va sans dire que de telles opérations ne sont possibles qu'après assèchement de l'otite chronique c'est à dire que dans la plupart des cas elles ont été préparées par des interventions du type précédent quand le traitement médical n'était pas parvenu à ce but.

Nous avons retrouvé 42 sujets seulement sur 591 qui avaient subi un traitement chirurgical de la 1° catégorie uniquement, et encore, plus de la moitié d'entre eux présentaient lors de l'examen une persistance de l'écoulement auriculaire.

44 jeunes gens ont eu une tympanoplastie mais il n'a pu être établi exactement ceux chez qui celle-ci a pu être effectuée après traitement médical ou intervention d'assèchement.

.../

Malheureusement, sur ces 44 opérations, il s'est trouvé 8 échecs avec persistance ou réapparition de l'otorrhée par un orifice tympanique, ce qui donne une proportion de moins de 14 % de mauvais résultats.

Au total, la chirurgie s'est donc exercée sur 86 individus seulement, ce qui donne une proportion de 14,5 % des sujets traités de cette manière.

Il semblait intéressant de calculer le pourcentage pour chaque département et de le comparer avec la densité médicale établie selon le nombre de médecins inscrits à l'Ordre.

Paradoxalement, on ne peut mettre en évidence une corrélation entre le nombre d'habitants par médecin et le nombre d'interventions dans chaque département, et l'on ne peut expliquer le fort taux d'opérés en VENDEE qui est pourtant le département étudié dont la densité médicale est la plus faible mais la proximité de NANTES peut influencer sur ce résultat.

Par contre dans l'ensemble, on retrouve bien le plus grand nombre d'opérés dans les départements à forte proportion d'habitat urbain qui sont aussi ceux possédant le plus de médecins et de consultations.

On doit cependant déplorer le peu d'interventions malgré les progrès de la micro-chirurgie de l'oreille moyenne.

Peut-être reste-t-il un préjugé défavorable pour ces opérations dont la plus ancienne et la plus courante pendant longtemps était aussi la plus délabrante et la plus mutilante pour la fonction auditive.

Les bons résultats obtenus actuellement, quand les indications sont rigoureusement posées, devraient être portés à la connaissance de tous.

...../

FREQUENCE DES INTERVENTIONS

DEPARTEMENTS	Nbre INTER- VENTIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGE OPERES
CHER	2	19	10,5
EURE ET LOIR	4	33	12,1
INDRE	0	9	0
INDRE ET LOIRE	4	32	12,5
LOIR ET CHER	2	20	10
LOIRE ATLANTI- QUE	11	66	16,6
LOIRET	6	40	15
MAINE ET LOIRE	6	51	11,7
YVELINES	9	68	13,2
VENDEE	7	30	23,3
ESSONNE	5	42	11,9
HAUTS DE SEINE	15	88	17
SEINE SAINT- DENIS	15	93	16,1

DENSITE MEDICALE

=====

DEPARTEMENTS	Nbre médecins	Nbre habitants par médecin
CHER	265	1.148
EURE et LOIR	258	1.171
INDRE	204	1.211
INDRE et LOIRE	544	801
LOIR et CHER	246	1.086
LOIRET	421	1.027
TOTAL REGION CENTRE 1.938 Soit 1 médecin pour 1.040 habitants		
YVELINES	966	884
ESSONNE	660	1.022
HAUTS DE SEINE	2.190	666
SEINE SAINT-DENIS	1.053	1.189
TOTAL REGION PARISIENNE 4.869 Soit 1 médecin pour 870 habitants		
LOIRE ATLANTIQUE	961	893
MAINE ET LOIRE	536	1.087
VENDEE	300	1.398
TOTAL REGION OUEST 1.797 Soit 1 médecin pour 1.035 habitants		

OTITES CHRONIQUES ET NIVEAU GENERAL

Tous les médecins praticiens ont remarqué dans leur clientèle que les gens se préoccupent d'autant plus de leur santé qu'ils ont un niveau d'instruction élevé.

D'autre part, des études faites au Centre de Sélection n° 10 montrent une corrélation très forte ($\rho = .90$) qui confirme la liaison existant entre niveau scolaire et niveau général.

Du point de vue de la sélection, le niveau général représente un classement des jeunes gens entre eux sur le plan intellectuel.

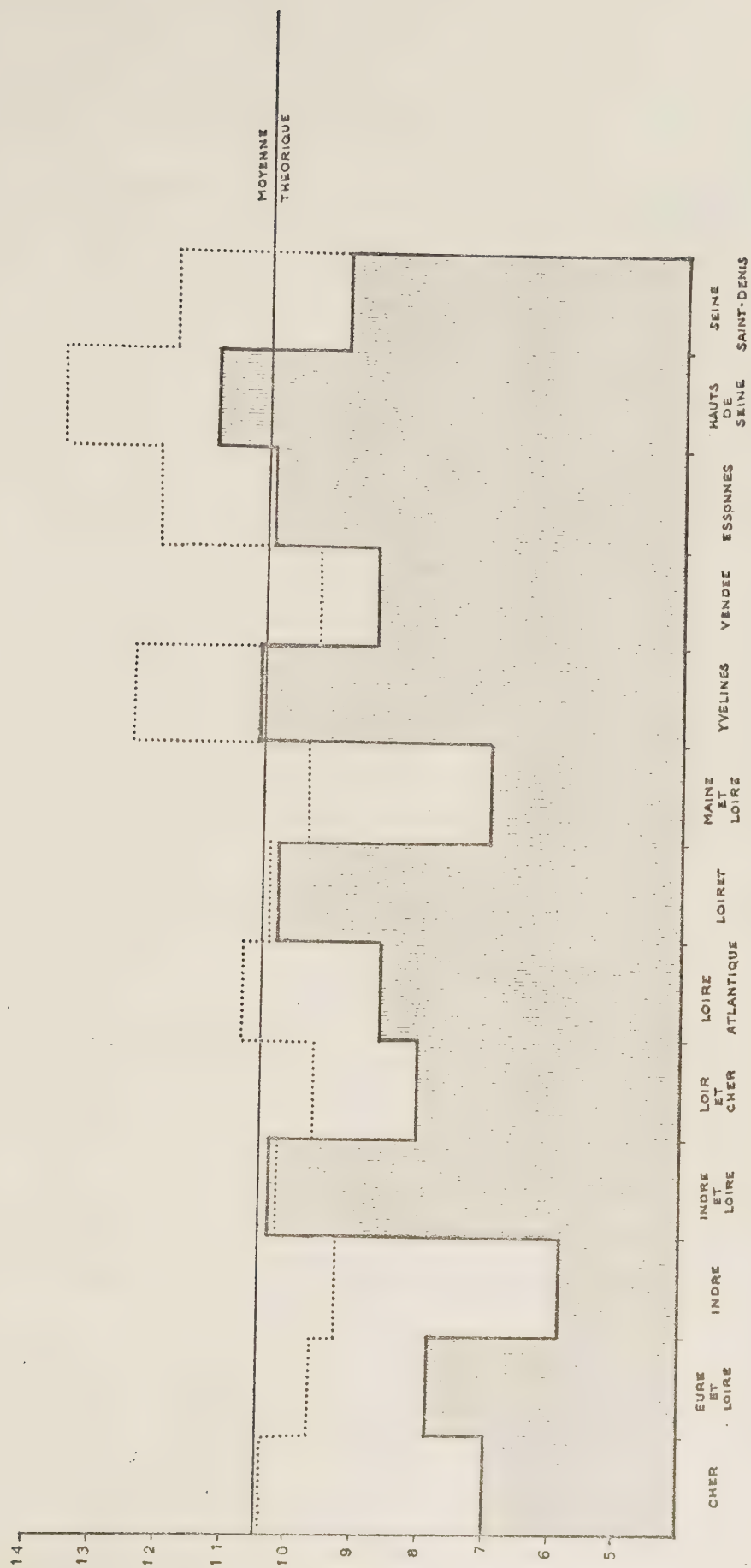
Il correspond à un potentiel d'intelligence et il s'exprime par des notes échelonnées de 1 à 20 et attribuées à l'issue d'une série de tests.

La note 0 n'existant pas la moyenne théorique nationale est donc de 10,50 points.

Il a donc semblé intéressant de comparer le niveau général des porteurs d'otite chronique avec le reste de la population étudiée.

Le tableau de la page suivante montre les niveaux généraux département par département comparé à celui des sujets malades

On voit que la courbe des sujets normaux se trouve décalée à un niveau inférieur et de façon presque équivalente pour chaque département.



EN TRAIT POINTILLE : NIVEAU GENERAL DES JEUNES GENS DE 19 ANS
 EN TRAIT PLEIN : NIVEAU GENERAL DES PORTEURS D'OTITE CHRONIQUE DU MEME AGE

Trois exceptions cependant :

1) en INDRE ET LOIRE paradoxalement le niveau général est sensiblement supérieur à 18/100° de point

On peut dire qu'il est donc semblable.

2) le CHER, à l'inverse, a un niveau général exagérément bas

3) le LOIRET donc l'écart entre les deux courbes n'est pas significatif vient rompre le parallélisme.

Le calcul de l'écart moyen pour chaque région confirme la baisse générale.

La région Ouest accuse	- 1,94 point
Centre	- 1,71
Parisienne	- 2,10 (PARIS exclus)

Pour l'ensemble des départements étudiés la perte est donc de 1,95 points.

On peut conclure que le niveau des porteurs d'otite chronique est inférieur en moyenne de presque 2 points par rapport à celui de l'ensemble des jeunes gens du même âge.

Il n'y a évidemment pas de cause à effet entre le niveau général et la maladie mais peut-être par contre y en a-t-il un entre la maladie et le niveau général.

L'interrogatoire de plusieurs sujets ayant montré que ceux chez qui l'otite évolue depuis l'enfance, et ils sont en majorité (85 %) ont été plus ou moins handicapés au cours de leurs études.

ECART ENTRE LE NIVEAU GENERAL DES OTITIQUES
ET CELUI DES SELECTIONNES

DEPARTEMENTS	NIVEAU		ECART
	classe 70	otitiques	
CHER	10,45	6,94	- 3,51
EURE ET LOIR	9,69	7,90	- 1,79
INDRE	9,31	5,88	- 3,43
INDRE ET LOIRE	10,25	10,43	+ 0,18
LOIR ET CHER	9,69	8,10	- 1,59
LOIRET	10,42	10,35	- 0,07
TOTAL REGION CENTRE	9,97	8,26	- 1,71
LOIRE ATLANTIQUE	10,81	8,69	- 2,12
MAINE ET LOIRE	9,78	6,98	- 2,80
VENDEE	9,72	8,83	- 0,89
TOTAL REGION OUEST	10,10	8,16	- 1,94
YVELINES	12,47	10,63	- 1,84
ESSONNE	12,15	10,45	- 1,70
HAUTS DE SEINE	13,60	11,34	- 2,26
SEINE SAINT-DENIS	11,92	9,32	- 2,60
TOTAL REGION PARI- SIENNE	12,53	10,43	- 2,10

En effet, l'hiver et toute la saison froide provoquent une poussée et une recrudescence de l'évolutivité chez les otitiques où le moindre rhume peut donner lieu à des complications.

Il s'ensuit de l'absentéisme répété bien souvent à l'origine du redoublement des classes.

De plus, chez certains, l'hypoacousie, parfois ignorée des malades et de leur entourage, est la cause d'inattention bien connue.

Mais, par la suite, sans doute pouvons nous accuser le faible niveau général de la persistance de la maladie mis à part la chronicité qui lui est propre.

En effet, pour des gens frustrés, une oreille qui coule depuis l'enfance ne les inquiète plus, d'autant qu'ils ne sont pas gênés dans leur métier par l'hypoacousie qui n'est pas toujours importante.

De plus, le caractère familial des otites chroniques, noté par plusieurs auteurs n'est pas favorable non plus à une thérapeutique active, les parents sont moins inquiets que d'autres du fait de la connaissance de cette maladie, de son habitude pourrait-on dire.

Beaucoup hésitent aussi à consulter fréquemment pour cette affection chronique qui le nécessiterait et ce en raison d'un facteur financier limitant qu'ils allèguent souvent en dépit de la Sécurité Sociale, car la faible instruction va de pair trop souvent avec des revenus du même ordre.

Comparativement nous avons établi le niveau général moyen des sujets ayant subi une intervention et donc se sont intéressés à leur maladie et qui ont été suivis assidument pour parvenir à assécher leur oreille avant reconstruction (à noter que ces

.../

sujets ont été pris en considération pour le calcul du niveau général des otites chroniques).

Pour les jeunes gens opérés d'une tympanoplastie quelle qu'elle soit, ce niveau est de 12,04.

Il est donc très largement au-dessus du niveau moyen de tous les otitiques chroniques qui est de 8,95, la différence étant de plus de 3 points.

Ce niveau est aussi, bien sûr, supérieur à la moyenne théorique de 10,50 mais il est encore supérieur à la moyenne de l'ensemble des sujets examinés au Centre de Sélection de BLOIS qu'il soient porteurs ou non d'affection, cette moyenne étant de 10,90.

OTITES CHRONIQUES ET REFORMES

Le but des Centres de Sélection est, au travers des examens systématiques ainsi organisés, de parvenir au classement des jeunes recrues en aptes ou inaptés au Service National.

Actuellement sur la demande des médecins militaires l'accent est mis sur le côté dépistage des Centres et leur importance préventive et prophylactique.

Une liaison plus étroite devrait être instaurée entre les médecins praticiens et les militaires pour le plus grand bien des jeunes gens.

Quoiqu'il en soit, l'importance accordée aux otites chroniques se traduit par des chiffres de réforme.

Le tableau de la page suivante montre pour la classe 1970 les pourcentages de sujets réformés, appareil par appareil.

REPARTITION DES COTATIONS PAR SIGLE
POUR 100 INDIVIDUS

	1	2	3	4	5	Nbre réformes
S	97	2	0,6	0,3	0,1	0,4
I	90,61	8,08	0,63	0,33	0,31	1,27
G	30	50	14,6	2	3,4	5,4
Y	68,5	11,3	12,2	6	2	2
C	93,4	2,8	3,8			
O	96,7	2,2	0,2	0,2	0,7	1,1
P	90	3,5	1,3	4,3	0,9	5,2

TOTAL DES MOTIFS DE REFORME POUR 100 SUJETS 15,37

(NOMBRE DE REFORMES : 14,41 %)

S : ceinture scapulaire

I : membres inférieurs

G : état général

Y : vision

C : vision des couleurs (ne réforme pas)

O : affections de l'oreille

P : psychisme

 : limite de réforme au 1^o juin 1971

Le pourcentage total est de 15,37 %.

Or, les statistiques indiquent seulement 14,41 % de sujets réformés pour la classe 1970.

Cela tient au fait que certains jeunes gens ont plusieurs motifs de réforme.

Le sigle 0 qui concerne l'audition nous intéresse plus particulièrement car il traduit les exemptions pour déficience de cet organe.

La cotation est éliminatoire à partir du chiffre 3 inclus.

Ce qui donne dans le cas étudié un total de 1,1 % de réformes

Or, nous avons trouvé 528 cas d'otite chronique réformés sur 591.

Il y a moins de réforme que de cas totaux car suivant la nomenclature, toutes les formes cliniques ne sont pas susceptibles d'entraîner l'inaptitude.

Cependant, près de 90 % des otites sont exemptées.

Ramené à la classe 1970, nous avons donc 0,9 % de réforme pour otite chronique.

Comparé au total des réformes pour le sigle 0, nous trouvons 82 % d'inaptitudes dues aux seules otites chroniques ce qui justifie bien l'importance qui leur est accordée.

.../

CHAPITRE TROIS

=====

(Etude des cas vus par nous-même)

CAS DEPISTES AU CENTRE

Dans cette série 12 observations font état d'otites chroniques qui n'ont été vues par aucun médecin, spécialiste ou non, et qui n'ont fait l'objet d'aucun traitement, les malades ignorant qu'ils avaient une perforation tympanique.

Un cas cependant est à part, il s'agit d'un jeune homme qui avait été suivi il y a 10 ans pour une hypoacousie bilatérale sans étiologie à gauche, à droite de type mixte avec prédominance de la transmission.

Des cures à CHALLES avaient été effectuées, sans résultat,
 - examiné par d'éminents spécialistes parisiens un bilan complet avait alors été pratiqué et celui-ci avait montré une "atticite torpide" sans atteinte cholestéatomateuse vérifiée par les radios,
 - il n'y avait pas eu d'otorrhée décelée depuis 1961.

Lors du passage au Centre le seul signe d'appel restait l'hypoacousie bilatérale aux alentours de 50 décibels pour toutes les fréquences.

L'otoscopie a permis de voir :

- 1) une cicatrice de perforation bouchée sur le tympan droit siégeant en arrière et au-dessus (2 mm) de l'ombilic et faisant environ 3 à 4 mm de diamètre, non marginale,
- 2) il existait une perforation ouverte antéro-supérieure située à la limite de la pars tensa et du bord inférieur de la membrane de Schrapnell et par où sourdait une goutte

de sérosité qui ne déterminait pas d'otorrhée de par son débit trop faible et qui se desséchait dans le conduit, et par la perforation apparaissait une masse brillante, blanche, nacrée, évoquant un cholestéatome.

Depuis 1961 le malade n'avait plus consulté de spécialiste et si à cette époque la lésion était inapparente, elle a cependant continué ou commencé à évoluer jusqu'à ce jour où elle est devenue évidente.

Examen otoscopique du côté gauche normal.

Dans 3 cas, l'interrogatoire n'a pu mettre en évidence aucun antécédent otitique permettant de dater le début de l'affection.

Observations

- 98 : perforation postéro-inférieure droite, large atteignant le manche du marteau, laissant apparaître l'extrémité inférieure de la branche verticale de l'enclume, non marginale.
En voie de cicatrisation et d'assèchement sans déficit auditif.
- 101 : perforation postéro-inférieure gauche non marginale, cicatrice de même siège à droite. Légère hypoacousie de transmission du côté gauche. Pas d'otorrhée actuellement.
- 96 : perforation postéro-supérieure marginale droite avec écoulement purulent.
Baisse de l'acuité auditive à 30 décibels du côté droit.
Seul antécédent : une adénoïdectomie dans l'enfance

.../

Dans les 3 cas suivants : l'otite évoluait depuis l'enfance.

2 : perforation postéro-supérieure droite marginale, écoulement purulent fétide important.

Baisse de 25 décibels sur toutes les fréquences.

Adénoïdectomie dans l'enfance.

83 : perforation postéro-supérieure droite marginale.

Persistance d'une otorrhée purulente fétide quotidienne pendant toute l'année.

Pas d'hypoacousie.

92 : perforation antéro-inférieure gauche non marginale.

Hypoacousie intermittente à 30 décibels.

Écoulement intermittent. Cicatrice de même siège sur le tympan droit

Deux cas n'évoluaient que depuis 5 à 7 ans.

93 : perforation antéro-inférieure élargie bilatérale, écoulement intermittent rare.

Hypoacousie bilatérale de 20 à 30 décibels.

94 : énorme perforation postéro-supérieure droite marginale avec otorrhée fétide intermittente et otite externe réactionnelle.

Baisse modérée de l'hypoacousie à 20 décibels.

Trois cas enfin plus récents

62 : perforation postéro-supérieure bilatérale avec otorrhée purulente fétide depuis un an et otite externe réactionnelle.

Adénoïdectomie dans l'enfance.

Hypoacousie bilatérale à 20 décibels.

17 : apparue durant l'hiver 1970 au décours d'un épisode grippal avec otite aigüe et otorrhée purulente droite ayant cessée au bout de 8 jours sous antibiothérapie sans examen de l'oreille ni consultation d'un spécialiste. Persistance d'une perforation postéro-inférieure non marginale, écoulement pratiquement inexistant mais pus dans le cavum.

Baisse de 25 décibels uniquement sur la fréquence 1.000.

6 : depuis 6 mois, après plongée dans une piscine, écoulement purulent permanent droit.

Perforation postéro-supérieure marginale, polypose réactionnelle au niveau du bord postérieur de la perforation. Pas d'atteinte de l'audition.

Le point commun aux cas découverts est le manque d'intérêt total que les sujets portent à leur affection.

Dans les cas évoluant depuis l'enfance l'écoulement est devenu pour eux normal, faisant partie de leur vie quotidienne et ils y attachent d'autant moins d'importance que l'hypoacousie est modérée et ne les gêne pas dans leur travail.

Dans d'autres cas d'apparition plus récente, l'intégrité auditive étant respectée et n'ayant pas de sujets d'alarme, ces malades attendaient un tarissement spontané.

Aucun de ces sujets n'avait consulté de médecin pour ses oreilles, lors des visites médicales obligatoires scolaires ou du travail ils ne signalaient pas leurs troubles.

De même au Centre, ils n'avaient rien déclaré spontanément sauf un qui faisait remarquer qu'il pouvait souffler par son oreille ! et encore n'y attachait-il qu'un intérêt anecdotique

- 50

Toutefois, à la décharge de certains malades qui ignoraient complètement leur affection, il faut dire, et MAC GUCKIN insiste beaucoup sur ce fait, que les processus destructeurs de l'oreille sont des maladies fondamentalement silencieuses et que beaucoup de patients n'ont jamais eu aucun épisode aigu.

CLASSEMENT DES OTITES CHRONIQUES

La fréquence de l'otorrhée tubaire est généralement sous estimée.

Sur 109 observations, nous l'avons rencontré 26 fois, soit un pourcentage de 23,8 %.

C'est dire que près d'une otite chronique sur 4 est tubaire.

En fait, certains auteurs estiment que l'otorrhée tubaire ne fait pas partie des otites moyennes chroniques purulentes à proprement parler vu son étiologie et son mécanisme particulier.

Les 83 observations restantes se répartissaient en 64 suppurations antro-attico-tympaniques, 6 atticites et 13 suppurations tympaniques pures.

Pour classer ces différents types le principal critère a été le siège et les caractères de la perforation ; les caractères de l'épanchement purulent, l'hypoacousie, l'évolution venant seulement en arguments d'appoint.

Bien entendu, seule une exploration de l'oreille moyenne peut vraiment faire la différence entre certaines suppurations antro-attico-tympaniques et tympaniques pures.

Cependant, nous pensons être arrivé à un classement valable confirmé par les proportions trouvées semblables à celles de MADURO.

Classiquement, la fréquence des atticites est de 3 %, pour MADURO elle atteint 10 % et nous avons trouvé 7,2 %.

Pour les antro-attico-tympaniques nous relevons 77,1 % de cas ce qui est proche des 80 % donnés par M. SOURDILLE.

Quant aux suppurations tympaniques pures estimées entre 10 et 15 % par MADURO, elles totalisent 15,6 % de nos cas.

Ce chiffre est peut-être un peu élevé et quelques uns de nos cas sont douteux bien que la perforation soit postéro-inférieure et non marginale, peut-être y avait-il quand même une participation atticale ou antrale suggérée par la fétidité de l'écoulement, auquel cas il aurait fallu les ranger dans cette catégorie.

De toutes façons nos chiffres n'auraient pas été bouleversés fondamentalement.

La majorité des infections se propage donc à l'ensemble de l'oreille moyenne ce qui s'explique par l'unité de la muqueuse qui recouvre toutes ces formations.

ASSIDUITE AU TRAITEMENT

Sur 109 otites chroniques, 64 déclaraient avoir déjà vu un spécialiste.

Cependant 7 avaient consulté il y a plus de 4 ans, bien que leur otite continue d'évoluer.

Compte-tenu de l'âge actuel de ces jeunes gens, ce sont leurs parents qui, à l'époque, les avaient accompagnés consulter.

Dans la plupart des cas, c'est donc eux qu'il faut accuser du détachement ultérieur manifesté envers l'affection de l'oreil de leurs enfants.

Dans un cas (observation n° 1) celui-ci était justifié car une consultation pour surdité en 1961 avait amené les spécialistes à rassurer les parents.

Cependant, quelques années après, le processus d'atticite est apparu manifestement.

Dans un second cas (n° 39) après un avis demandé il y a 6 ans le jeune malade était suivi par son médecin de famille régulièrement pour otorrhée tubaire.

Dans les 5 autres observations; il s'agit de :

- 4 suppurations antro-attico-tympaniques
- et 1 otorrhée tubaire qui était régulièrement suivie par l'O.R.L. avant le départ de la famille d'ALGERIE en 1962.

Il faut noter qu'un enfant a été enlevé à la garde de ses parents à cause de leur négligence et de leur manque de soins envers lui, causes entre autres d'une mastoïdectomie bilatérale en urgence.

Donc, si on considère les malades ayant consulté un O.R.L depuis moins de 4 ans comme régulièrement suivis (ce qui est large) on trouve 57 sujets, c'est à dire à peine plus de la moitié.

Et encore, parmi ceux-ci il s'en trouvent 15 qui consultent moins d'une fois par an.

- 53

Dans ce groupe, quelques uns ont reconnus spontanément qu'ils en avaient assez de trainer de consultation en consultation, de spécialiste en spécialiste, depuis des années.

D'autres avouent, avec franchise, qu'ils "n'y croient plus" et renoncent à tout traitement.

42 sujets seulement peuvent donc être considérés comme suivis valablement par un spécialiste, soit 38 %.

Nous n'avons comptabilisé que 12 % d'otitiques chroniques qui étaient convenablement suivis plus de 2 fois par an.

Dans le groupe des 45 jeunes gens qui n'ont consulté aucun O.R.L, il s'en trouve 29 qui n'ont par ailleurs aucun traitement même par leur médecin généraliste, soit 64 % d'entre eux.

Ceci fait craindre qu'hormis les spécialistes, peu de médecins s'intéressent aux problèmes de l'oreille moyenne, rebutés parfois par la désespérante chronicité de l'évolution en dépit de leurs soins locaux.

Ramené à l'ensemble de notre série, on trouve donc 26 % de malades sans aucun traitement.

Comparé aux formes d'otites, le pourcentage semble le même pour chaque catégorie (voir tableau) sauf pour les atticites dont une seule était sans soins.

Parmi les non traités un jeune homme raconte que sa mère n'a pas jugé bon de le faire soigner car elle présente également une otite chronique (non traitée) depuis l'enfance et ne s'en porte pas plus mal !

.../

D'autres, pour toute thérapeutique, se mettent du coton dans l'oreille pour éviter l'écoulement qui pourrait tacher leurs vêtements.

Un jeune forain, presque illettré avait ainsi un vieux coton imprégné de pus, durcit en certains endroits, qu'il portait depuis plusieurs mois sans le changer.

Celui-ci était enclavé dans le conduit auditif externe qui présentait une importante inflammation réactionnelle atteignant tout le pavillon auditif.

Le coton n'a pu être extrait qu'en milieu hospitalier.

De même que pour la fréquence des otites chroniques, le pourcentage des consultations par département est sensiblement le même pour tous avec peut-être un léger avantage pour la Région Parisienne dû à la proximité des centres hospitaliers et surtout des facilités de transport.

Il reste cependant un pourcentage inquiétant de jeunes gens dont l'évolution de la maladie est laissée au hasard souvent par la faute de leurs parents qui méconnaissent la notion de l'importance de leur affection qu'ils sous-estiment presque toujours.

Et c'est ici que l'utilité du Centre de Sélection se manifeste.

Grâce à lui le jeune homme qui commence à être indépendant de son milieu familial prendra conscience de sa maladie, de son évolutivité et surtout des complications qui pourraient survenir et contre lesquelles il est mis en garde.

.... /

TRAITEMENT

par O.R.L	par généraliste	aucun traitement
58 %	15 %	26 %

SUJETS NON TRAITES PAR O.R.L

avec autre traitement		sans traitement		total	
16	36%	29	64%	45	100%

SUJETS TRAITES PAR O.R.L

+ depuis 4 ans		vus - 1 fois par an		vus 1 à 2 fois/an		vus 2 fois ou + par an	
7	11%	15	23,4%	29	45,3%	13	20,3%

SUJETS NON TRAITES, PAR CATEGORIE

Atticites	Suppurations antro-attico tympaniques	Suppurations tympaniques pures	Otorrhées tubaires	Pourcentage moyen
16,6 %	26,5 %	30 %	27 %	26 %

COMPLICATIONS

Nous n'avons pas considéré l'ostéite comme une complication mais faisant partie du tableau clinique.

- . le cholestéatome lorsqu'on accepte sa formation secondaire doit être considéré comme une complication et non des moindres.

Il a été rencontré 9 fois avec certitude (vision directe ou des paillettes typiques ou compte-rendu opératoire d'intervention antérieure).

Dans 2 cas il était associé à une atticite

7 cas	"	"	"	"	"	suppuration antro-attico tympanique
-------	---	---	---	---	---	-------------------------------------

Il n'a bien sûr jamais été vu dans les suppurations tympaniques ni les otorrhées tubaires.

- . à cause de l'imprécision de l'audiogramme et de son caractère tronqué les complications labyrinthiques antérieures étaient difficiles à prouver et dans les fortes hypoacousies il n'a pas été aisé de faire la part des atteintes de la perception.

7 sujets se plaignaient d'acouphènes

1 " " d'otalgie douloureuse

2 " " de phonophobie

L'un des cas de phonophobie présentait une otite chronique cholestéatomateuse évoluant depuis l'enfance qui avait provoqué 2 mastoïdectomies gauche successives à l'âge de 4 ans et un évidement pétro-mastoïdien à 11 ans qui nécessita une retouche opératoire 6 mois plus tard.

En 1968, une musculoplastie a été effectuée qui semble donner satisfaction quant à l'écoulement.

Cependant, il subsiste une cophose sub-totale à 90 décibels dans les sons graves remontant jusqu'à 75 décibels vers 4.000 Hz.

- L'autre cas concerne une otorrhée tubaire bilatérale datant de l'enfance avec surdité à 50 décibels sur toutes les fréquences

des vertiges ont été reconnus dans 5 cas parmi lesquels une otorrhée tubaire qui avait subi une mastoïdectomie à trois reprises du côté gauche dans ses antécédents.

Nous n'avons pas rencontré de cas de paralysie faciale.

- . les polypes étaient associés à trois cas seulement.
- . onze fois des otites externes réactionnelles associées ont été notées
- . un cas d'otite chronique moyenne bilatérale cholestéatomateuse à droite a nécessité un évidemment pétro-mastoïdien total de ce côté pour thrombose du sinus latéral.

Nous n'avons pas rencontré de cas de complications endocraniennes hormis ce cas traité à temps.

- . quant aux mastoïdites il est presque toujours impossible de faire préciser par le malade si elles sont secondaires à l'otite chronique ou si elles l'ont engendré.
- . enfin, deux sujets présentaient un complexe d'infériorité dû à leur surdité, et remontant à l'enfance.

.../

Face à un interlocuteur, l'un d'eux s'arrange toujours pour présenter sa bonne oreille, ce qui lui donne parfois un air bizarre dont il y a conscience et qui le gêne, tandis que l'autre, tout de suite prévient de son infirmité:

En résumé, et fort heureusement, il semble y avoir peu de complications graves chez ces jeunes gens de 19 ans.

Le cholestéatome pouvant être intégré dans l'évolution presque normale des atticites et des suppurations antro-attico-tympaniques négligées.

Cependant, il faut noter le nombre des signes d'appel qui font craindre un débit de labyrinthosclérose chez certains jeunes malades.

.../

OTITES CHRONIQUES ET INSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

WILSON à DUBLIN a observé deux groupes d'enfants, l'un en observation dans une clinique privée et l'autre dans l'Hopital pédiatrique.

Dans le 1^o groupe comprenant 346 sujets, 8 otites chroniques seulement ont été dénombrées, soit un pourcentage de 2,3 %.

Dans le 2^o groupe réunissant 683 enfants, il a trouvé 51 otites chroniques, soit un pourcentage de 7,4 %.

Dans les 2 cas, la fréquence des otites aiguës était comparable mais un tableau distinct apparaissait pour les otites chroniques et il concluait que l'importance de cette maladie chez les enfants semble varier directement avec la condition sociale de la famille.

Par ailleurs, d'autres auteurs ont dénombré un taux d'infection chronique de l'oreille moyenne supérieure à la normale chez certains peuples, d'Ethnie et de régions fort différentes qui ont comme point commun une mal nutrition endémique, un état sanitaire déficient et une mauvaise hygiène.

Il s'agit des Maoris (suivis par SEDDON en Nouvelle Zélande)
des indigènes d'Afrique du Sud (cités par MEYRICK)
des Eskimos (par HAYMAN et COLL)
et des Indiens Navajos étudiés par JOHNSON qui ont
un taux d'otite chronique compris entre 6 et 7 %.

Dans le cadre du Centre de Sélection nous avons également trouvé une corrélation entre la catégorie sociale (cause des conditions du mode de vie) et la fréquence des otites chroniques.

En comparant la répartition par profession des otitiques avec celles de tous les sujets du même âge, on s'aperçoit que la poursuite des études qui représente 31 % des activités pour les jeunes de 19 ans, ne totalise plus que 15 % chez les porteurs d'otite.

Par contre, le groupe des professions de l'industrie qui comprend 18,6 % de l'ensemble des sujets examinés représente 29 % de nos malades.

Les différences concernant les autres catégories socio-professionnelles sont moins valables compte-tenu de leur petit nombre.

Donc parmi les otitiques chroniques il y a une proportion supérieure à la normale de sujets appartenant aux métiers de l'industrie.

Or, comme le montrent leurs fiches, cette catégorie est essentiellement composée à cet âge de manoeuvres ou manutentiers sans qualification.

Ce groupe est un des plus défavorisés sur le plan social ce qui recoupe bien les conclusions des études faites sur ce sujet.

Et, à l'inverse, alors qu'habituellement on trouve chez les jeunes sélectionnés 31 % de scolaire, on n'en compte que la moitié chez les otitiques.

On peut penser que cela tient à une prévention plus importante malgré le début insidieux et silencieux de beaucoup d'otites et cela semble se justifier selon l'observation du Professeur

MADURO :

" Lorsqu'un sujet est conduit à consulter (au début) c'est pour un symptôme de la plus extrême discrétion. C'est à dire que si l'on avait la fantaisie de dénombrer eu égard à leur situation sociale ceux qui se montrent à ce stade, on verrait que la très grande majorité d'entre eux appartient aux classes aisées, toujours plus soucieuses de leur santé ; la clientèle hospitalière, d'un niveau social généralement inférieur, où la négligence est de règle, offre à nos examens des formes sensiblement plus évoluées et souvent déjà en instance de complication."

REPARTITION PAR PROFESSION DES OTITIQUES
ET DE L'ENSEMBLE DE LA CLASSE 1970

Catégories professionnelles	Pourcentage jeunes de 19 ans	Pourcentage otitiques même âge
SCOLAIRES	31,05	15
ALIMENTATION	6,30	6
AGRICULTURE	7,64	3
BUREAU	7,30	11
TRANSPORT	4,78	4
COMMERCE	3,94	6
FONCTIONNAIRES	2,51	7
INDUSTRIE	18,59	29
BATIMENT	13,50	12
SANTE	0,74	2
DIVERS	3,62	5

CHAPITRE QUATRE

=====

VALIDITE ET DISCUSSION DES RESULTATS DES PRECEDENTS CHAPITRES

1) Fréquence des otites chroniques

L'échantillon examiné pour la classe 1970 représente presque la totalité de celle-ci car 10 % seulement des sujets ont été examinés avant 19 ans (engagés volontaires) ou après (cas des sursitaires

Le pourcentage de 1 % peut donc être considéré comme exact et étendu à l'ensemble de ces jeunes gens.

L'écart-type calculé est de 0,0004, ce qui entraîne une augmentation de l'écart réduit vers l'infini et un risque d'erreur infiniment petit.

Dans les 13 départements dépendant de BLOIS qui représentent le 6° de la population de la FRANCE, les jeunes gens de 19 ans ne sont qu'une minorité.

Ils ne totalisent, en effet, qu'un effectif de 7,2 pour 1.000

D'autre part, il ne s'agit que de sujets de sexe masculin.

C'est pourquoi le chiffre de 1 % d'otites chroniques ne peut être généralisé à l'ensemble de la population.

Il donne cependant une bonne approximation du taux réel de cette affection car une faible proportion d'otite seulement commence à évoluer après cet âge.

- 6

Il suffit de le comparer avec des résultats déjà publiés mais ne concernant que des enfants :

- 2 à 3 % dans la Région Parisienne
- 2,34 % pour EAGLES
- 0,5 % à PITTSBURGH
- 1 % chez les Lapons

Le premier chiffre donne le pourcentage de l'affection par rapport au reste des motifs d'admission dans les services de pédiatrie des Hopitaux.

Le second chiffre concerne des enfants suivis régulièrement sur plusieurs années en Amérique;

Les deux derniers chiffres concernent un ensemble d'enfants examiné à un moment donné dans les mêmes conditions donc plus près des conditions de notre étude.

En ce qui concerne les différences entre les chiffres calculés à 1 % et les nombres réels d'otites trouvés dans chaque département, le test du χ^2 pour un degré de liberté de 12 (13 départements) est de 15,13 ce qui correspond à un alphas de 0,20 donc largement supérieur à 0,05 qui est la limite admise le plus communément en statistique.

Les différences lues sur le graphique ne sont donc pas significatives.

2) Otites et mastoïdectomie

Le nombre d'opération de la mastoïde est de plus en plus bas actuellement.

Cela peut s'expliquer soit par un très bon traitement des otites aiguës, soit par un traitement insuffisant qui tout en empêchant l'évolution vers la mastoïdite aiguë n'exclue pas pour autant la chronicité qui lorsqu'elle est opérée rentre plutôt dans le cadre des évidements pétro-mastoïdiens.

Les seules mastoïdites aiguës concernent les cas trop négligés

Si peu de porteurs d'otite chronique ont eu une mastoïdectomie dans leurs antécédents (6,7 %) il faut cependant noter que par rapport à l'ensemble de la classe 1970 qui ne présente que 4,5 pour mille de mastoïdes opérées, la différence est très importante.

En effet, cela donne 15 fois plus d'interventions chez les otitiques, ce qui confirme bien l'unité physiologique de l'oreille moyenne devant les processus infectieux.

3) Otites et amygdalectomie

En ce qui concerne le taux d'opérés des amygdales avec ou sans ablation des végétations, nous avons trouvé 32 % chez nos 591 sujets otitiques.

Dans une population de référence de 17.795 individus, nous relevions 26 % d'opérés.

Au risque de 5 % (le plus usité en statistique) on trouve les écarts suivants :

- taux d'amygdalectomie chez les otitiques compris entre 29,5 et 34,5 %
- taux de ces interventions dans la population compris entre 25,35 % et 26,65 %

On voit que les écarts maximum et minimum pour les deux pourcentages ne se recoupent pas.

La différence est donc significative.

Il semble normal de retrouver des antécédents rhino-pharyngés plus chargés chez les otitiques chroniques que parmi l'ensemble de la population.

4) Traitement

Dans ce chapitre nous n'avons pas comptabilisé les mastoïdectomies que l'on considère plutôt comme traitement préventif des otites chroniques.

Hormis les cas d'otorrhées tubaires qui ne le nécessitent pas il semble y avoir relativement peu d'interventions alors que tout cas d'atticite ou de suppuration antro-attico-tympanique nécessiterait presque une exploration en vue de dépister un éventuel cholestéatome toujours à craindre dans ces formes et de l'extraire avant toute destruction irréparable.

5) le niveau général des otitiques

est de 8,95 - il semble inférieur à celui de la population examinée qui est de 10,90.

Pour comparer statistiquement deux moyennes, il faut connaître leurs variances qui se calculent par une formule qui nécessite de déterminer la somme des notes de tous les sujets et la somme des carrés de ces notes.

Pour un échantillon de 58.816 personnes un tel calcul est donc impossible.

Afin d'avoir cependant un point de référence nous avons transformé les notes moyennes en pourcentage par rapport à la note maximum de 20.

Cela donne 44,7 % pour 8,95
et 54,5 % pour 10,90

Nous avons calculé l'intervalle de confiance au risque de 5 % pour les premiers pourcentages.

IL en résulte que la note des otitiques peut fluctuer entre 40,62 % et 48,78 %.

Pour l'ensemble des jeunes gens l'intervalle serait donné par la formule $\sqrt{\frac{0,545 \times 0,455}{58.816}} \times 1,96$

Il n'est pas besoin de le calculer pour se rendre compte qu'il est très faible et ne recouperait en aucune façon celui des otitiques.

Nous concluons donc que la différence est significative.

6) Réformes

Comparé aux autres appareils les exemptions pour déficit de l'audition sont peu nombreuses (1,1 % sur 15,37 %).

Par contre les motifs de ces inaptitudes sont provoquées dans la majorité des cas (82 %) par les otites chroniques.

Le reste est dû :

aux cophoses uni ou bilatérales, congénitales, post-traumatiques (surtout fracture du rocher) ou post-infectieuses.

- aux hypoacusies séquelles de mastoïdectomies (sans écoulement)
- aux rares anomalies congénitales (atrésies)
- aux labyrinthites infectieuses,
- aux acouphènes
- et aux vertiges

7) Chapitre trois

Pour un statisticien le nombre des observations de ce chapitre peut paraître insuffisant.

Cependant, les chiffres comparés à ceux de la première série semblent concordants ce qui nous autorise à exploiter les autres données fournies par ce second échantillon, nous trouvons en effet :

- a) tout d'abord en ce qui concerne la fréquence des otites chroniques 109 cas sur 10.491 sujets examinés, soit un taux de 1,03 % ce qui est très proche de 1,004 trouvé parmi la classe 1970
- b) pour les amygdalectomies on note 35 % d'interventions au lieu de 32 %
- c) pour les mastoïdectomies dans cette série 7,3 % et 6,7 % dans la première
- d) les interventions chirurgicales ont été effectuées dans la proportion de 13,7 % dans ce second échantillon et 14,5 % dans le premier.

8) Découvertes

Sur 12 cas dépistés au Centre de Sélection de BLOIS nous devons enlever le cas n° 1 plus particulier dont l'observation est déjà rapportée.

Il reste donc 11 cas sur 109 malades, soit une approximation de 10 % de cas inconnus.

En fait, certains des sujets avaient remarqué leur écoulement ou leur hypoacousie mais ils n'y avaient attaché aucune importance et n'avaient pas consulté à ce sujet et ignoraient complètement de quelle affection ils étaient atteints.

Presque tous ont été inquiets d'apprendre l'existence d'une perforation tympanique, lésion qu'ils ne soupçonnaient pas et qui nous l'espérons va les inciter à consulter.

9) Classement

En raison du peu de nombre des observations, le classement des otites chroniques n'aurait guère de valeur sur un plan statistique au risque de 5 %.

Cependant étant donné la similitude des chiffres trouvés avec ceux donnés classiquement, on peut estimer qu'ils correspondent à la réalité.

10) assiduité au traitement

Dans ce paragraphe nous n'avons pu avoir de références pour nos chiffres en ce qui concerne le pourcentage des jeunes gens non traités.

Par définition en effet, ceux-ci restent à l'abri des observations et n'ont pu être dénombrés que grâce au caractère absolument obligatoire de l'examen médical au Centre de Sélection.

Le chiffre de 26 % de malades sans traitement n'est qu'approximatif vu la taille de l'échantillon, ce que montre bien le calcul de l'intervalle de confiance à 5 % qui le fait varier dans les limites de 17,6 % à 34,4 %.

11) Complications

Nous avons relevé peu de complications et cela malgré l'absence de tout traitement comme nous venons de le voir chez une forte proportion de ces jeunes gens.

Il faut y voir le jeune âge de ces otitiques, certaines complications ne se découvrant qu'après une longue évolution et d'autres étant stoppées ou masquées par un traitement antibiotique aussi mal conduit soit-il.

12) Insertion socio-professionnelle

De même qu'au paragraphe n° 9, les chiffres donnés n'ont pas de valeur formelle.

Ils correspondent cependant à l'opinion émise par de nombreux auteurs (MADURO, WILSON) selon laquelle on trouve plus de lésions chroniques dans les classes pauvres de la Société.

.../

CONCLUSIONS

=====

Au terme de cette étude portant uniquement sur des jeunes hommes âgés de 19 ans, examinés lors d'une visite médicale détaillée obligatoire et systématique au Centre de Sélection n° 10 à BLOIS, nous avons mis en évidence :

- le taux important d'otites chroniques qui s'élève à 1 % chez ces jeunes gens
- la proportion élevée des cas découverts au Centre : 10 %
- le pourcentage inquiétant (26 %) des malades qui ne subissent aucun traitement et ne consultent jamais
- parmi les sujets traités le nombre peu élevé des cas opérés
- une corrélation entre la faible instruction, l'insertion socio-professionnelle médiocre et la fréquence des otites chroniques

D'une façon globale, il semble apparaître un désintérêt de tous, médecins et malades (une observation concerne un étudiant en 5^e année de médecine atteint de suppuration antro-attico-tympanique non traitée) vis à vis des affections chroniques de l'oreille moyenne et une connaissance souvent trop incomplète face à l'importance et aux conséquences de ces maladies.

.../

Il n'est pour s'en convaincre que de regarder le faible taux de ces malades suivis régulièrement par un spécialiste et qui bénéficiaient d'un traitement approprié (12 %).

Le Centre de Sélection qui remplace le sommaire Conseil de Révision joue un rôle efficace et important en ce sens qu'il est la première organisation qui impose un examen complet par différents spécialistes.

Vu le Doyen

E. FOURNIER

Vu le Président de Thèse

P. PIALOUX

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de
l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

=====

Auteurs anonymes

Etude sur la classe 1970 et comparaison avec les classes 1968 et 1969

Archives de l'Armée - BLOIS - Mars 1970

I.N.S.E.E

Tableaux communaux : sondage au 1/4 1968

I.N.S.E.E

Tableaux de l'Economie Française
Paris 1970

Rapport du 27/2/1970 n° 140

Archives du Centre de Sélection n° 10
BLOIS 1970

STATISTIQUE

Cours du Centre d'Enseignement de la statistique appliquée à la Médecine et à la Biologie Médicale de l'Institut de Statistique de l'Université de PARIS

A.C.E.S PARIS 1964

Nomenclature par auteurs

ABOULKER. et DEMALDENT JE

Problèmes thérapeutiques actuels des otites chroniques

La Vie Médicale (enquête)

Avril 1966 47 513-526

BEREZIN

L'antibiothérapie mal conduite dans la genèse des antro-atticites du nourrisson et de l'otite chronique

La Médecine Praticienne

Novembre 1969 25 n° 377 : 112

BOUCHE J et FRECHE Ch.

Les surdités de transmission de l'adulte

La Revue du Praticien Tome XV 1965 11 juillet n° 20

BRODY J.A OVERFIELD T and MC. ALISTER R

Draining Ears and Deafness among Alaskan Eskimos

Archives of Otologie

1965 81 29 à 33

DAS G.N

Chronic Ear Disease in the State of Orissa

The Journal of Laryngology and Otology

Octobre 1967 81 n° 10 1099 à 1108

EAGLES

Hearing sensitivity and ear disease in children

A prospective study Saint-Louis

The Laryngoscope 1967 n° 28 274

HAYMAN CR and KESTER F.I

Eye, Ear, Nose and Throat Injections in Natives of Alaska
Northwest Med.

1957 n° 56 423 à 430

JOHNSON R.L

Chronic otitis media in school age Navajo Indians

The Laryngoscope

Novembre 1967 77 n° 11 1990 à 1995

LAKE

Amygdalectomie, adénoïdectomie et paracentèse dans le
traitement des otites moyennes muqueuses chez l'enfant

Proceedings of the Staff meetings of the Mayo Clinic

9 juillet 1958 33 n° 14 375 à 380

MADURO

Pathologie de l'amygdale

PARIS - Masson 1953

MADURO

Les suppurations chroniques de l'oreille moyenne

PARIS - L'Expansion Scientifique Française

1965

MC GUCKIN

L'oreille chronique - Commentaires sur l'étiologie du cholestéatome et de l'otite moyenne chronique suppurante

Archives of Otolaryngology

Septembre 1962 76 n° 3 216 à 221

MELLBIN T.

Children of the Swedish Nomad Lapps : Study of their Health,
growth and Development

Acta Paediat.

1962 51 supplément 131 1-97

MEYRICK P.S.

The incidence of Diseases of the Ear, Nose and Throat

SOUTH AFRICAN Med. Jour.

1951 25 pages 701 à 704

MOULINGUET

La Surdité dans la Société

La Revue du Praticien Tome XV 1965 11 juillet n  20

PORTMANN

Etiologie de l'otite suppurée moyenne chronique

Archives of Otolaryngology

Septembre 1963 78 n  3 266 à 270

SEDDON J.H

Treatment of Neglected Running Ears in School Children

New Zealand Medical Journal

1962 61 pages 314 à 316

SERGEANT, BEREZIN et POULAIN

Otitis chroniques d'emblée par antibiothérapie mal conduite

Annales d'Oto-laryngologie

Décembre 1968 85 n  8 815 à 816

SOURDILLE M

Trépanation masto idienne élargie et atticotomie trans-masto idienne ( videment partiel)

Thèse PARIS 1914-1915 n  97 93 p. in 8 

THORBURN

Pathogénie de l'otite moyenne chronique - Une étude clinique

Proceedings of the Royal Society of Medicine

Avril 1968 61 n  4 395 à 399

WILSON T.G

The Etiology of chronic suppurative Otitis Media

Acta Otolaryngology

1963 supplément 183 142 à 144

